

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

PARA PERIODONCIA

Don/Doña

(Nombre y dos apellidos del paciente)

De años de edad, y D.N.!. N°

Con domicilio en

Don/Doña

(Nombre y dos apellidos)

De años de edad, y D.N.!. N°

Con domicilio en

En calidad de

De

Don/Doña

(Nombre y dos apellidos del paciente).

DECLARO

Que el/la Doctor/a:

(Nombre y dos apellidos del facultativo que proporciona la información)

me ha explicado que es conveniente proceder en mi situación, a TRATAMIENTO PERIODONTAL

1.- El propósito principal de la intervención es la eliminación de los factores irritativos e infecciosos advertidos en los tejidos de soporte de los dientes (encía, hueso alveolar, ligamiento periodontal, cemento radicular), para conseguir el mantenimiento de los dientes en tiempo, función y estética, evitando movilidad, pérdida de hueso y caída de los dientes.

2.- La intervención puede precisar de anestesia local, de cuyos riesgos también se me ha informado.

3.- La intervención consiste en la eliminación de la placa y cálculo (con curetas) y a las pocas semanas, la operación de cirugía a colgajo para eliminar las bolsas, de aumentar la encía, o bien tratar los defectos óseos.

4.- Aunque se me han practicado los medios diagnósticos que se han estimado precisos (radiografía), comprendo que pueden producirse procesos edematosos, hinchazón, dolor o laceraciones en la mucosa del labio o mejilla, o en la lengua, que no dependen de la técnica empleada ni de su correcta realización, sino que son imprevisibles, aunque relativamente frecuentes, en cuyo caso el facultativo tomará las medidas precisas y continuará el tratamiento.

Sé que es frecuente que después del tratamiento advierta un aumento de la sensibilidad dentaria y movilidad de los dientes, que normalmente desaparecerán, bien espontáneamente, bien por tratamiento posterior.

También sé que va a producirse un cierto alargamiento de los dientes, más perceptible al sonreír, como consecuencia prácticamente segura de haberse eliminado tejido enfermo.

Igualmente, comprendo que el tratamiento puede extenderse incluso hasta un año o más, en cuyo transcurso deberé visitar al facultativo periódicamente, y cuidar especialmente la higiene dental mediante las técnicas que me ha indicado. Me ha explicado también pormenorizadamente la importancia del cuidado dental y el mantenimiento con visitas periódicas de sesiones de profilaxis e higiene dental, lo que debe realizarse a lo largo de toda la vida.

También comprendo que el objetivo perseguido pueda no obtenerse, total o parcialmente, con independencia de la técnica empleada y de su correcta realización, y de que sin mi esmerada contribución en el control de la placa, mediante la higiene, los objetivos perseguidos no se pueden cumplir.

5.- El/la odontólogo/a/estomatólogo/a me ha explicado que todo acto quirúrgico lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos, y que por mi situación actual (diabetes, cardiopatía, hipertensión, anemia, edad avanzada, obesidad) pueden aumentar riesgos y complicaciones como:

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

y en tales condiciones:

CONSENTO

Que se me practique TRATAMIENTO PERIODONTAL

En (LUGAR) :

A fecha de :

Fdo. : El/la Odontólogo/a/Estomatólogo/a

Fdo. : El Paciente